

お子様についてうかがいます。

カルテNo. _____ / _____ 年 月 日

ふりがな		愛称	年 月 日生		
お子様のお名前			才 ヶ月 (男・女) 体重 Kg		
		兄弟姉妹	才	才	才
現住所	□□□□-□□□□		E-mail ※スマートフォン・携帯・PCいずれか @		
当院への通院所要時間	通院方法	T E L (緊急連絡先)			
当院をどこで知りましたか	<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (ご紹介者名 _____ 様 ※ご紹介カード 有・無) <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介 (病院/診療所名 _____) <input type="checkbox"/> 地下鉄広告を見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 区役所の広告を見て <input type="checkbox"/> ポスティングハガキを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> ネット検索を見て (_____) <input type="checkbox"/> SNSを見て (YouTube・LINE・Instagram・その他) <input type="checkbox"/> まんまる新聞を見て <input type="checkbox"/> 女性に役立つメディカルガイドを見て <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
通院方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 地下鉄 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				

適切な治療を行うための参考にさせていただきます。お手数ですが下記の事項に□でお答え下さい。

①当院を受診されるのは？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある _____ヶ月前・_____年位前
②本日は、どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> つめたものがとれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 永久歯がはえてきた <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> むし歯予防処置 (シーラント) <input type="checkbox"/> その他 _____
③いままで歯の治療をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> フッ素塗布のみある	1) その時どのようにふるまいましたか <input type="checkbox"/> 協力的 <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 暴れた
	2) 歯の麻酔の経験はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
	3) 初めてむし歯に気がついたのはいつ頃ですか (_____)
	4) いままで歯が痛くて眠れないことがありましたか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> な い
④治療を受けるにあたって心配な点がありますか？	1) 特異体質やアレルギーがある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー 薬・食べ物 _____ <input type="checkbox"/> その他 _____)
	2) 情緒的な問題 <input type="checkbox"/> 発達の遅れ <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 多動症 <input type="checkbox"/> その他 _____

裏面もご記入ください。▶

<p>⑤今までに次のような病気をしたことがありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>てんかん <input type="checkbox"/>けいれん <input type="checkbox"/>肺炎 <input type="checkbox"/>腎臓の病気 <input type="checkbox"/>心臓の病気 <input type="checkbox"/>血液の病気 <input type="checkbox"/>肝臓の病気 (<input type="checkbox"/>B型肝炎 <input type="checkbox"/>C型肝炎 <input type="checkbox"/>その他) <input type="checkbox"/>その他</p>
<p>⑥お子様は現在、他科(小児科等)のお医者さんにかかっていますか？</p>	<p>病院名：</p>
<p>⑦薬は飲んでいますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (薬名：)</p>
<p>⑧次のような“くせ”がありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>爪をかむ <input type="checkbox"/>指しゃぶり <input type="checkbox"/>唇を吸う <input type="checkbox"/>唇をかむ <input type="checkbox"/>歯ぎしり <input type="checkbox"/>その他</p>
<p>⑨間食はどんな物を食べる人が多いですか？</p>	<p><input type="checkbox"/>ア メ <input type="checkbox"/>ガ ム <input type="checkbox"/>チョコ <input type="checkbox"/>ケーキ <input type="checkbox"/>クッキー <input type="checkbox"/>キャラメル <input type="checkbox"/>おせんべい類 <input type="checkbox"/>スポーツドリンク <input type="checkbox"/>ジュース <input type="checkbox"/>果物類 <input type="checkbox"/>その他</p>
<p>⑩間食はいつ、どのように与えますか？</p>	<p>1) 時間は <input type="checkbox"/>時間をきめて <input type="checkbox"/>ほしがる時間に <input type="checkbox"/>その他</p> <p>2) ジュース等は <input type="checkbox"/>コップで与える <input type="checkbox"/>ほ乳びんで与える <input type="checkbox"/>その他</p>
<p>⑪歯みがきはどのようにされていますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>子供が一人でみがいている <input type="checkbox"/>保護者がみがいてあげている (保護者：<input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>おじいちゃん <input type="checkbox"/>おばあちゃん <input type="checkbox"/>その他) <input type="checkbox"/>子供がみがいた後に保護者が仕上げみがきをしている</p>
<p>⑫シーラント(むし歯予防処置)の経験はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p>
<p>⑬歯の治療についてご希望や、歯科医に伝えたいことなどがありましたらご記入下さい。</p>	

ご協力ありがとうございました。